Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Berlin.
(Leiter: Geh. Rat A. Czerny.)

Ergebnisse der poliklinischen Behandlung kranker Kinder, unter besonderer Berücksichtigung der Krankheitsdauer, der Anzahl der Besuche und der ökonomischen Arzneiverschreibung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin

vorgelegt von

Otto Cammann
aus Bremen

Tag der Promotion: 5. Januar 1932.

Druck von Gebrüder Hoffmann, Charlottenburg, Schillerstr. 44.

111

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Dekan: Prof. Dr. v. Bergmann

Referent: Prof. Dr. Czerny.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Die wirtschaftliche Notlage, die seit dem Weltkriege in breiten Schichten der deutschen Bevölkerung besteht und von Jahr zu Jahr weitere Kreise erfaßt hat, fordert in der ärztlichen Versorgung Kranker weitgehend die Berücksichtigung wirtschaftlicher Gesichtspunkte. Grundsätzlich ist es dabei gleichgültig, ob die Kosten einer Behandlung von dem Patienten oder seiner Familie selbst bestritten werden, oder ob sie in Form der Versicherung oder Fürsorge von der Allgemeinheit getragen werden. In jedem Falle ist es Aufgabe des Arztes, die Behandlung rationell zu gestalten, d. h. nach sorgfältiger Untersuchung in der Therapie nur diejenigen Mittel anzuwenden, die begründete Aussicht auf Linderung und Heilung der Erkrankung bieten, dagegen alle anderen Maßnahmen zu unterlassen.

So selbstverständlich diese Grundsätze erscheinen, so schwer ist offenbar ihre Durchführung in der Praxis. Der Wunsch, dem Kranken mit allen Kräften zu helfen, führt leicht zur Anwendung zahlreicher, irgendwann einmal empfohlener oder neuartiger Mittel, ohne die Frage aufkommen zu lassen, ob der Heilerfolg dem therapeutischen Aufwand entspricht, und ob einfache Methoden nicht das Gleiche leisten würden.

Die in der Berliner Universitäts-Poliklinik für kranke Kinder gemachten Beobachtungen aus den letzten Jahren erscheinen geeignet, um diese Frage für eine Anzahl im Kindesalter häufiger Erkrankungen und Beschwerden zu beantworten.

Die Besucher unserer Poliklinik gehören durchweg den unbemittelten Bevölkerungsschichten an und haben gewöhnlich aus verschiedenen Gründen keinen Anspruch auf Ersatz der Behandlungs- und Arzneikosten durch eine Krankenkasse. Für die Eltern dieser Kinder ist oft schon das Fahrgeld eine schwer tragbare Ausgabe, und jeder Besuch in der Sprechstunde bedeutet außerdem für die Mutter einen Aufwand an Zeit, in der fast immer ihr Haushalt unbeaufsichtigt gelassen werden muß.

Trotzdem wird häufig auch in Fällen schwerer Erkrankung die ambulante Behandlung gewünscht, wenn die Kosten für den Krankenhausaufenthalt des Kindes gar nicht zu erschwingen sind.

Aus diesen Gründen wurde es in den letzten Jahren in steigendem Maße notwendig, auch schwere Erkrankungen in der Poliklinik zu behandeln, die Anzahl der geforderten Besuche stark zu beschränken, die therapeutischen Maßnahmen so billig wie möglich zu gestalten, und die Krankheitsdauer trotzdem abzukürzen, soweit ärztliche Bemühung dieses überhaupt vermag.

Auf Veranlassung von Herrn Prof. Karger, der seit Jahren an unserer Klinik für die Berücksichtigung dieser rationellen Gesichtspunkte nachdrücklich eingetreten ist, haben wir die Ergebnisse unserer poliklinischen Behandlung für einige häufig in gleichartiger Weise vorkommende Krankheitsbilder zusammengestellt. Zu Grunde liegen die Krankenblätter (vom 1. Juli 1926 bis 30. Juni 1930) aus einem der sechs Sprechzimmer unserer Poliklinik, das in den letzten Jahren ununterbrochen unter der gleichen ärztlichen Leitung stand. Es sei bemerkt, daß nur ein kleiner Teil der zu uns kommenden Kinder auch behandelt wird, da die Mehrzahl nur zur Begutachtung oder Stellung der Diagnose vorgestellt wird und in die Behandlung des überweisenden Arztes zurückkehrt.

Bei Durchsicht der seit dem Weltkriege erschienenen paediatrischen Literatur fiel auf, daß nur wenige Autoren zu der Frage der poliklinischen Krankenbehandlung Stellung genommen haben, und daß über die praktische Auswirkung dieser Einrichtung und über therapeutische Ergebnisse — von Einzeluntersuchungen abgesehen — keine Mitteilungen erschienen sind. In verschiedenen amerikanischen Arbeiten (Smith, Brennemann, White) und in Deutschland von Bessau wird lediglich der Wert der Poliklinik für den Unterricht und die Ausbildung junger Aerzte betont, und es werden ausführliche Angaben über die Einrichtung und Organisation gemacht, besonders unter dem Gesichtspunkte der Vermeidung von Infektionen innerhalb der Anstalten.

Wir glauben jedoch, daß gerade Erfahrungen aus der poliklinischen Behandlung, die ja eine eigenartige Stellung einnimmt zwischen der Krankenhausbehandlung einerseits und der privatärztlichen, mit Besuchen im Hause des Kranken verbundenen Tätigkeit andererseits, unsere Kenntnisse über den Verlauf von Erkrankungen

und über den Wert angewandter therapeutischer Maßnahmen zu bereichern vermögen.

Unter den Erkrankungen im Säuglingsalter stehen zahlenmäßig an erster Stelle die Affektionen der Haut. Von der Gesamtzahl aller Kinder, die aus diesem Grunde gebracht werden kommt nur etwa die Hälfte zu einem zweiten Besuch wieder zu uns. Das bedeutet also, daß ein sehr großer Teil der Fälle von Anfang an leicht verläuft und gut abheilt, wenn die Mutter nur einmal über Pflege und Ernährung des Kindes belehrt worden ist, und gegebenenfalls ein Puder und eine geeignete Salbe verordnet worden sind. Wir sind zu dieser Annahme berechtigt auf Grund der Auskünfte, die wir häufig später erhalten bei Besuchen, die aus anderen Gründen erfolgen.

Nach Ausschluß dieser Fälle bleiben unter dem durchgesehenen Material 97 Fälle, in denen eine längere Behandlung erfolgte. Es finden sich darunter folgende Formen von Hauterkrankungen:

Die Hautaffektionen des Kindes mit exsudativer Diathese: Intertrigo, Milchschorf und Gneis, das neurogene Ekzem, impetiginös infizierte Ekzeme, Pyodermien, Strofulus und endlich Fälle von Erythrodermia desquamativa.

7 Kinder mußten schon bei ihrem ersten Besuch in die Klinik aufgenommen werden; von ihnen stammten 6 offensichtlich aus sehr ungünstigen häuslichen Verhältnissen, das 7. Kind war eine 5 Wochen alte Frühgeburt mit langdauerndem Ikterus neonatorum und litt an einer Erythrodermie.

Gleichfalls in sieben Fällen mußte die poliklinische Behandlung abgebrochen werden und nachträglich die Aufnahme erfolgen, teils nach den ersten Besuchen, in einem Falle erst nach 15 Besuchen. Aus einigen dieser Krankenblätter geht deutlich hervor, daß es den Pflegepersonen nicht möglich war, die Kinder am Kratzen zu hindern, und daß offenbar dadurch die Heilung unmöglich wurde. Demgegenüber konnte in 83 Fällen die poliklinische Behandlung mit Erfolg durchgeführt werden.

Bei allen Kindern wurde zunächst die Ernährungsweise überprüft und wenn nötig geändert. Wir hielten uns dabei immer an die von Czerny und Keller aufgestellten, grundlegenden Ernährungsvorschriften, und hatten keine Veranlassung, zu extremen

Diätformen (fettfreie Nahrung, Rohkost) überzugehen, wie sie in neuerer Zeit von verschiedenen Seiten vorgeschlagen worden sind. Weiter legten wir Wert darauf, daß die Kinder hygienisch einwandfrei gehalten wurden, daß vor allem die Bekleidung nicht zu wärmend war, und daß keine reizenden Stoffe, wie Wolle, mit der Haut in Berührung kamen.

Die medikamentösen Verordnungen, die zur Behandlung der Haut gegeben werden mußten, Reinigungsmittel (Paraffin), Puder und Salben wurden immer rezeptmäßig verschrieben und nur aus den üblichen Mitteln der Pharmakopoe zusammengesetzt. Von Firmen gelieferte Fertigpräparate wurden grundsätzlich nicht verordnet.

Die Besuche erfolgten gewöhnlich zunächst in Abständen von 5—8 Tagen, später in größeren Zwischenräumen. Ihre Anzahl verteilt sich bei den verschiedenen Formen wie folgt:

Für die Ekzeme auf exsudativ-diathetischer Grundlage waren in der Regel 2—4 Besuche ausreichend. (Rechnerischer Durchschnitt: von 26 Kindern 72 Besuche = 2,8). Nur in zwei Fällen von Gesichtsekzem mit 9 und 10 Besuchen wurde diese Zahl bedeutend überschritten. Auch die nässenden chronischen Ekzeme der älteren Kinder, fast immer hinter dem Ohr lokalisiert, ergaben etwas höhere Zahlen (Durchschnittswert 29:6 = 4,8).

Die impetiginös infizierten Ekzeme beanspruchten etwa 2—3 Besuche (Durchschnittswert 24:10 = 2,4). Ein Fall mit 6 Besuchen litt gleichzeitig an Pyodermien. Im allgemeinen genügten sonst bei Pyodermien 2—3 Besuche (Durchschnittswert 20:8 = 2,5)

Bei den neurogenen Ekzemen ist die Beurteilung schwierig, da hier vielfach nach längeren Pausen Rezidive auftraten. So bewegt sich die Besuchsziffer für den Zeitraum unserer Beobachtung (4 Jahre) zwischen 1 und 5, mit einem Durchschnittswert von 3,1 (14 Kranke mit 43 Besuchen).

In den Fällen von Strofulus war gewöhnlich nach einmaliger Beratung zunächst kein weiterer Besuch erforderlich. Es wurden aber auch hier so häufig Rezidive vorgestellt, daß der Durchschnittswert (9 Kranke mit 24 Besuchen) 2,7 beträgt.

Eine besondere Stellung nimmt die poliklinische Behandlung der Erythrodermia desquamativa ein, da sie nur bei großer Sorgfalt durchgeführt werden kann.

Allerdings sind wir nicht davon überzeugt, daß dieser Erkrankung in allen Fällen die ernste Prognose zu stellen ist, wie sie aus der ersten Beschreibung dieses Krankheitsbildes durch Leiner (1907) entnommen werden muß. Während Leiner die Letalität der Erythrodermie mit 35—50 % ansetzte, und auch spätere Untersucher (Wittmann 1923) hohe Zahlen von Todesfällen, bis 88 %, angeben, teilen andere Autoren mit, daß „die Erkrankung gutartig sei, und sie kaum je einen Todesfall gesehen haben" (Moro 1911, Blechmann und Hallez 1921, Comby 1921). Finkelstein, Galewsky, Halberstaedter schreiben: „Bei geeignetem diätetischem Vorgehen heilen die meisten Fälle innerhalb eines Monates ab." Auffallend ist es, daß die Mitteilungen über zahlreiche Todesfälle aus Wiener Kliniken stammen und zwar aus ganz bestimmten Jahren (1919, 1920), während die französischen Paediater die ihnen zu Gesicht gekommenen Fälle als leichte Erkrankungen bezeichnen, und die deutschen Autoren eine Mittelstellung einzunehmen scheinen. Ob diese Differenzen in den Angaben über den Ernst der Erkrankung an Erythrodermie durch „epidemiologische" Faktoren allein zu erklären sind, lassen wir dahingestellt. Von uns wurde grundsätzlich kein an dieser Krankheit leidendes Kind in die Klinik überwiesen, wenn nicht ernste Komplikationen vorlagen, oder die häuslichen Verhältnisse nicht die an die Pflege gestellten Anforderungen erfüllen konnten. Auch mußte verlangt werden, daß das Kind im Anfang mindestens 2mal wöchentlich in der Sprechstunde gezeigt wurde.

Zur Schilderung des Behandlungs- und Heilungsverlaufes geben wir die Krankengeschichten aller vorliegenden Fälle im Auszug wieder:

Fall I

E. K., Knabe, Alter 4 Wochen.
(Ueberweisung aus der Universitäts-Hautklinik).

8. März 1926: Anamnese: Ernährung 5 mal tgl. Brust; Stuhl o. B.
Befund: Am ganzen Körper Erythrodermie, keine Oedeme.
Ord.: Lagerung auf Kleiebett. — Paraffinum liquidum.

10. 3.: Gewicht: 4290 g.
Kind ist jetzt ruhiger. Rötung weiter ausgebreitet, beginnende Aufhellung an den alten Stellen.
Ord.: idem.
16. 3.: Gewicht.: 4220 g.
Erhebliche Besserung der Haut.
23. 3.: Gew.: 4150 g.
Haut sieht gut aus. Stühle etwas dünn, grünlich.
Kind will angeblich nach einigen Schlucken die Brust nicht mehr nehmen.
Ord.: Bis zur nächsten Mahlzeit hungern lassen.
30. 3.: Gew.: 4350 g.
Haut bedeutend gebessert. Gewichtszunahme. Kind schreit nach der Brust.
7. 4.: Gew.: 4400 g.
Haut geheilt. Am Kopf noch etwas Gneis.
Ord.: Salicylvaseline.
14. 4.: Gneis wird entfernt.
Ord.: Borsalbe.
21. 4.: Gew.: 4550 g.
Gneis abgeheilt.
Ord.: 1 mal tgl. Milchgriesbrei.
28. 4.: Gew.: 4950 g.
Ord.: Ernährung weiter.

Fall II

H. H., Knabe, Alter 7 Wochen.
(Ueberweisung aus einer Säuglingsfürsorgestelle, ev. klinische Behandlung erbeten).
1927/ 16. Sept. Anamnese: Normale Geburt, 7 Pfund. Bis vor 8 Tagen hat die Mutter selbst genährt. Dann 2 Mahlzeiten durch eine Flasche mit Halbmilchschleimmischung ersetzt.
Seit 10 Tagen schreit das Kind häufig und hat einen Ausschlag bekommen, zuerst am Kopf, jetzt am ganzen Körper.
Befund: Erythrodermie.
Gew.: 4630 g.
Ord.: 2 mal Brust, 3 mal Flasche, 1 mal tägl. Eichenrindenbad. Paraffin. liquid. — Salicyl-Talkpuder (5 %).
20. 9.: Gew.: 4700 g.
Ekzem gebessert: Borken z. T. abgefallen, Haut am Rücken schon glatt.
Ord.: Salizyl-Vaseline (3 %ig).

Das Kind kam aus einem entfernten Vorort und wurde wahrscheinlich in der dortigen Fürsorgestelle weiter betreut.

Fall III.

R. P., Mädchen, Alter 5 Wochen.
(Ueberweisung aus der Universitäts-Frauenklinik).

1928/10. Sept.: Anamnese: Geburt in der Klinik, Gew. 3400 g.
Ernährung: 5 mal tgl. Brust, danach jedes Mal 50 g Milch/Reisschleimmischung.
Befund: Gewicht: 3560 g.
An den Fußsohlen einzelne kleine Blasen, am Rumpf beginnende Erythrodermie.
Ord.: Paraffin. liquid. — Salicyl-Talkpuder.

13. 9.: Gewicht: 3610 g.
Ord.: In jede Flaschenmahlzeit 1 Teelöffel einer 10 %igen Milchsäurelösung. Alumin.-acet.-Salbe, 2 Min. vor dem Trinken ein wenig in die Nase.

17. 9.: Gewicht: 3610 g.
Ord.: idem.

24. 9.: Gewicht: 3800 g.
Die Haut des Kindes sieht bedeutend besser aus. Am Halse und in den Achselhöhlen Intertrigo.
Ord.: Salicyl-Vaseline.

1. 10.: Gewicht 4000 g.
Das Kind sieht gut aus.
Ord.: Ernährung weiter.

Fall IV

U. L., Mädchen, Alter 6 Wochen.

1928/7. Juli Anamnese: Ernährung an der Brust; seit 3 Wochen Hautveränderungen.
Befund: Rotes schuppendes Ekzem an Rücken und Beinen, im Gesicht beginnend. Kind ist vergnügt, schreit nicht. Stuhlgang o. B.
Diagnose: Erythrodermie.
Ord.: Paraffin. liquid. — Salicyl-Talkpuder.

11. 7.: Erythrodermie nicht weiter ausgebreitet, an den Beinen teilweise Ueberhäutung eingetreten. Kind soll schlecht trinken und etwas husten.
Ord.: Alumin.-acet.-Nasensalbe.

12. 7.: Kind ist munterer. Gewicht: 4760 g.
Ord.: idem.

14. 7.: Gewicht: 4840 g.
Haut im ganzen etwas blasser. Starker Kopfgneis.
Ord.: Salicyl-Vaseline.

17. 7.: Erythrodermie weiter überhäutet. Schnupfen besser.

23. 7.: Erythrodermie weiter überhäutet, blasser, geringe Schuppung.

2. 8.: Gewicht: 5085 g. Gneis noch sehr stark. Einige Pyodermien auf dem Kopf und am Arm in Abheilung. Mutter des Kindes hat die Salbe nicht mehr angewandt.
Ord.: Salicyl-Vaseline.
6. 8.: Nur noch vereinzelte Pyodermien am Kopf.
Ord.: Ichthyolum purum.

Fall V

H. S., Knabe, Alter 6 Wochen.
(Teilstück)

1926/17. August: Anamnese: Kind wird gebracht wegen eines Ausschlages am ganzen Körper.
Befund: Beginnende Erythrodermie.
Ord.: Paraffin. liquid.
20. 8.: Ausschlag etwas gebessert.
Ord.: 5 mal tgl. 160 g Halbmilch/Schleim.
? 8.: Weitere Besserung.
9. 9.: Erythrodermie fast geheilt. Gewicht: 5500 g.
15. 9.: Erythrodermie geheilt. Gewicht: 5600 g.
Ord.: Etwas mehr Zucker in der Nahrung, wenn das Kind keinen Stuhlgang hat.
5. 10.: Kind sieht gut aus. (Ernährungsberatung).

Fall VI

G. F., Mädchen, Alter 2 Monate.

1930/21. Oktober.: Anamnese: Seit 4 Wochen Ausschlag am ganzen Körper.
Ernährung: Anfangs Brust, in den letzten Wochen 5 mal 90 g Halbmilchschleimmischung.
Befund: Blasses Kind in mäßigem Ernährungszustand. Am ganzen Körper schuppendes Ekzem; Gesäß und untere Extremitäten gerötet, leichte Oedeme. Mundhöhle blaß, Gew.: 2770 g.
Ord.: Paraffinum liquid. — 1 Teelöffel einer 10 %igen Milchsäurelösung in jede Flaschenmahlzeit.
24. 10.: Gew.: 2900 g. Kind hat besser getrunken, Oedeme und Gesamtzustand gebessert.
Ord.: Salicyl-Vaseline.
30. 10.: Gew.: 2870 g. Stuhlgang o. B., kein Erbrechen.
Ord.: In jede Flasche 1 Teelöffel Zucker; Salicyl-Vaseline für den Kopf.
6. 11.: Zahlreiche Pyodermien an Kopf und Rumpf, die übrige Haut gebessert.
Zwei Pyodermien am Kopf werden eröffnet.
Ord.: Ichthyolum purum.

12. 11.: Gew.: 3120 g. Erythrodermie größtenteils abgeheilt, nur noch geringe Rötung und Schuppung am Damm. Kleine Pyodermie am Kopf.
Ord.: Ichthyol weiter. Ernährung weiter, 2 mal tgl. 1 Teelöffel Lebertran.
28. 11.: Erythrodermie geheilt. Noch etwas Gneis, Salicyl-Vaseline.

Während in den mitgeteilten sechs Fällen die ambulante Behandlung mit Erfolg durchgeführt werden konnte, wurde ein siebentes Kind nach anfänglicher Verschlimmerung der Behandlung entzogen, bevor eine Besserung erkennbar wurde. Kein Fall brauchte nachträglich in klinische Behandlung gegeben zu werden.

Die Behandlungsdauer betrug bei uns nicht länger als 4 Wochen, eine Zeit, die auch von den oben angeführten klinischen Beobachtern durchschnittlich angegeben wird. Wir dürfen daher wohl mit Recht behaupten, daß die ambulante Behandlung der Erythrodermie keineswegs die Heilung verzögert.

Mit dem zunehmenden Ausbau der Säuglingsfürsorgestellen ist in den letzten Jahren die Zahl der Kinder, die wegen einer Ernährungsstörung in die poliklinische Sprechstunde kommt, erheblich gesunken. Aber auch die Schwere der Krankheitsbilder hat abgenommen. Während im zweiten Halbjahr 1926 noch 3 Toxikosen in die Klinik überwiesen werden mußten, bekamen wir in den folgenden Jahren in unserem Sprechzimmer keinen Fall einer echten Toxikose mehr zu Gesicht. Im ganzen wurden im Zeitraum unserer Untersuchung nur 21 Fälle reiner Ernährungsstörungen poliklinisch bei uns behandelt, und sechs Kinder unter dieser Diagnose in die Klinik gewiesen.

Da hierunter ganz verschiedene Formen der Ernährungsstörungen sind, ist diese Zahl zu gering, um aus näheren Angaben irgendwelche Schlüsse zu ziehen, und wir beschränken uns deshalb auf einen zusammenfassenden Bericht.

Die Hauptaufgabe bei der ambulanten Behandlung der Ernährungsstörungen wurde darin gesehen, die Vorschriften für die Mütter so einfach zu gestalten, daß sie auch unter beschränkten häuslichen Verhältnissen wirklich durchgeführt werden konnten. Auf komplizierte Heilnahrungen wurde deshalb vollkommen verzichtet.

Nach Ausweis unserer Krankenblätter wurden nur zwei rezeptmäßige Verordnungen gegeben:

Bei vermehrten Stühlen: 10 %ige Milchsäurelösung,
1 Teelöffel in jede Mahlzeit,
bei Obstipation: Löflunds Malzsuppenextrakt,
1—2 Teelöffel pro Mahlzeit.

Außer diesen medikamentösen Hilfsmitteln wurden die auch sonst üblichen Bestandteile der Nahrung für den gesunden Säugling verordnet. Bei Durchfällen wurde ferner der Haferschleim durch Reisschleim ersetzt, und bei Neigung zum Erbrechen die Nahrung eingedickt oder ein Vorbrei gegeben. Alle die zahlreichen Nährmehle und Zucker fabrikmäßiger Herkunft, die nach den Angaben der Mütter häufig vorher versucht worden waren, wurden grundsätzlich gestrichen.

Diese Verordnungen waren immer ausreichend, denn in keinem Falle wurde es notwendig, einen Säugling nachträglich in die Klinik zu geben. Niemals ergab sich eine Indikation zur Anreicherung der Nahrung mit Eiweiß. In allen Fällen konnte beim zweiten Besuch eine Besserung vermerkt werden, wenn auch in 5 Fällen zunächst noch keine Gewichtszunahme verzeichnet wurde, die sich dann bis zum dritten Besuch einstellte.

Eine der häufigsten Ursachen, die Müttern Veranlassung gibt, ihre Kinder in der poliklinischen Sprechstunde vorzustellen, sind Klagen über geringen Appetit und angeblich daraus folgende Magerkeit der Kinder, sei es als Begleiterscheinung einer Krankheit, sei es, ohne daß irgendwelche Beschwerden angegeben werden können. Die Anamnesen dieser Fälle geben ein buntes Bild von den Versuchen, das Gewicht der Kinder durch Verabfolgung von sogenannten Stärkungsmitteln zu heben, oder sie durch Zureden und Zwang zur Aufnahme größerer Nahrungsmengen zu veranlassen.

Demgegenüber wurden von uns in den Fällen, in denen kein Krankheitsbefund erhoben werden konnte, grundsätzlich folgende Anordnungen gegeben:

Alle Nährpräparate und appetitanregenden Mittel, einschließlich der Verordnungen von Eisen und Arsen, werden fortgelassen. Das Kind bekommt nur 3 Mahlzeiten am Tage, es wird nicht zum

Essen gezwungen und soll sich bei Tisch selbst auflegen. Die Milch ist auf $^1/_4$ Liter täglich zu beschränken, Butter wird als Brotaufstrich nur hauchdünn gestrichen. Suppen und flüssige Breie sind möglichst einzuschränken. Im übrigen bekommt das Kind gemischte Kost, die reichlich gewürzt werden soll, oder durch Zugaben von Gurken, Radieschen, Salzstangen, Würstchen mit Senf, Hering, Räucherfisch, Sardellenpaste und ähnliche gewürzte Speisen schmackhaft gemacht wird.

Fast immer geben die Kinder selbst sehr genau an, daß sie diese Speisen gern essen, und nur aus falscher Besorgnis werden ihnen diese Dinge von den Eltern vorenthalten.

Unter 25 Kindern, deren Ernährung in dieser Weise geregelt wurde, fanden sich 2, die nicht darauf ansprachen: ein Enuretiker, bei dem auch die poliklinische Behandlung des Einnässens versagte, und ein agiler Psychopath, der in einer Woche angeblich $2^1/_2$ Pfund an Gewicht verlor. Zwei weitere Kinder, in deren Anamnese Gewichtsabnahmen vermerkt waren, blieben im Gewicht stehen, wenn auch der Appetit sich angeblich nicht besserte. In allen übrigen Fällen (21) wurde nach 14 Tagen beim zweiten Besuch von den Müttern mitgeteilt, daß der Appetit gestiegen sei; in der Hälfte der Fälle wurde auch eine Gewichtszunahme von etwa $^1/_2$ kg angegeben, bei einigen Kindern konnten wir nach einigen Wochen einen Gewichtsanstieg notieren.

Die in ihrem Wesen den eben geschilderten Beschwerden entgegengesetzte Krankheit, die Fettleibigkeit, wurde von uns gleichfalls ausschließlich durch Verordnung einer Diät behandelt. Folgende Gesichtspunkte, die in Anlehnung an die Arbeiten von Benjamin aufgestellt wurden, lagen dieser zugrunde:

Das Kind bekommt eine quantitativ unbeschränkte, eiweißreiche, an Fett und Kohlehydraten arme Kost, die kalorisch ausreichend sein muß und unter Zuhilfenahme von rohem Obst das Hungergefühl vollkommen stillen soll. Kohlehydrate aller Art sind extrem einzuschränken. Es wurden gewöhnlich 2—3 Scheiben Brot und 3 Kartoffeln täglich erlaubt; das Gemüse soll ohne Mehlschwitze gekocht sein. Süßspeisen sind selbstverständlich verboten. Gelegentlich wurde zur Unterstützung der Kur künstliches

Karlsbader Salz verordnet. Niemals wurden Präparate von endokrinen Organen gegeben.

Der Erfolg dieser Behandlungsart hängt vollkommen von der Mitarbeit der Eltern und des Kindes ab. Wo die nötige Einsicht nicht gesichert schien, wurden die Kinder gleich bei der ersten Vorstellung in klinische Behandlung gegeben. Nach diesem Zeitpunkte waren wir in keinem Falle dazu gezwungen. Bei einem Kinde, das an Schlatterscher Krankheit litt und sich nicht bewegen durfte, wurde die Diät nach eigener Angabe der Mutter nicht eingehalten und brachte demgemäß keinen Erfolg. Die übrigen Fälle verliefen so, daß später die Diätvorschrift gemildert oder ganz fallen gelassen werden konnte.

Wir geben unsere Krankengeschichten im Auszug wieder, um einen Vergleich mit den Ergebnissen bei Anwendung innersekretorischer Präparate zu ermöglichen.

Fall I

H. H., Knabe, 12½ Jahre.

1927/24. Oktober. Anamnese: Kind wird vom Schularzt wegen Fettleibigkeit überwiesen. Ißt gern Süßigkeiten und trinkt viel.
Befund: Herz, Lungen o. B.
Urin: o. B.
Ord.: Diätvorschrift.

7. 11.: 1 kg abgenommen, immer satt gewesen.

21. 11.: ½ kg zugenommen, Kind macht sich wenig Bewegung.
Ord.: Möglichst schwimmen lernen.

5. 12.: ½ kg abgenommen. Wägung (mit Kleidung): 32,5 kg.

13. 1.: Gewicht (m. Kl.): 30,0 kg.
Fettpolster ist sichtbar geringer geworden.

27. 2.: Gewicht (m. Kl.): 29,0 kg.
Ord.: Geringe Mengen Süßigkeiten erlaubt.

19. 3.: Gewicht (m. Kl.): 27,0 kg.
Ord.: K. kann versuchsweise alles essen.

Fall II

P. S., Knabe, 8 Jahre.

1929/31. 1. Anamnese: Kind soll seit 1 Jahr sehr dick geworden sein.
Befund: Sehr fette Bauchdecken. Kleine Testikel, im Scrotum.
Ord.: Diät.

17. 2.: Gewichtsabnahme von 1 kg.
Ord.: Diät fortsetzen.

Fall III.

G. K., Knabe, 11½ Jahre.

1929/5. April: Anamnese: Der Lehrer machte darauf aufmerksam, daß der Knabe in der letzten Zeit sehr dick und schwerfällig geworden ist. Keine Charakterveränderung. K. ist starker Esser.
Befund: Kräftiger Knochenbau, fette Bauchdecken, schlaffe Muskulatur. Herz u. Lungen o. B.
Ord.: Diätvorschrift. — Schwimmen lernen.

3. 5.: Etwa 3 kg abgenommen, Fettpolster sichtlich zurückgegangen.

5. 7.: Trotz Längenwachstum weiter 1½ kg abgenommen.
Ord.: Diät nur noch in geringem Umfang weiter.

Fall IV

J. D., Mädchen, 12 J.

1928/29. 3.: Anamnese: Kommt auf Veranlassung der Schulärztin. Mutter des Kindes und Kind selbst sehr dick.
Befund: Bauchfett sehr stark entwickelt.
Herz: o. B.
Ord.: Diätvorschrift.

2. 4.: Angeblich 1 kg Gewichtszunahme. Gewicht (ohne Kleidung): 52 kg.
Ord.: Kost weiter. — Tgl. morgens 1 Eßlöffel künstl. Karlsbader Salz.

25. 4.: 1 kg abgenommen.

24. 5.: 1 kg abgenommen.
Ord.: Diät weiter.

Fall V

L. S., Mädchen, 11 J.

1930/18. 9.: Anamnese: Kind kommt auf Veranlassung des Schularztes, der Fettsucht auf Grund endokriner Störung vermutet. Seit 1½ Jahren so dick geworden.
Befund: Extrem starkes Fettpolster, bes. am Bauch. Derber Knochenbau. Herz o. B.
Ord.: Diätvorschrift.

2. 10.: K. hat 3 kg abgenommen. K. ist immer satt geworden, hat vor allen Dingen viel Obst und rohes Gemüse gegessen.
Befund: Herz: Funktion gut.
Ord.: Kur weiter, aber nicht übertreiben.

Die in diesen Fällen erzielten Gewichtsabnahmen erreichten nicht ganz die Resultate, wie sie von Benjamin angegeben wurden, und wie sie auch von uns bei klinischer Behandlung erzielt werden. Praktisch sind aber die Ergebnisse durchaus genügend, und die Vorteile der ambulanten Behandlung gegenüber einer wochenlangen Kur im Krankenhause liegen auf der Hand.

Außerdem ist, wie oben erwähnt, bei der Behandlung der Fettleibigkeit für den Dauererfolg die Mitarbeit des Kindes und der

Eltern ausschlaggebend. Eine klinische Behandlung wird völlig sinnlos, wenn das Kind nach der Entlassung die gegebenen Ernährungsvorschriften nicht von sich aus weiterhin befolgt. Nur ist es manchmal notwendig, Eltern und Kind erst davon zu überzeugen, daß die Entfettung auf diätetischem Wege möglich ist. Dann ist die Aufnahme in ein Krankenhaus nicht zu umgehen.

In der Gruppe der Erkrankungen, die man als Infekte der oberen Luftwege zusammenfassen kann, liegt die rationelle Behandlung unseres Erachtens zunächst in der Beseitigung des Hustens, der das Kind quält und seine Umgebung stark belästigen kann. Daneben ist selbstverständlich der Versuch zu machen, durch allgemeine Maßnahmen die Anfälligkeit der Kinder herabzusetzen.

Dementsprechend wurden unseren poliklinischen Patienten stark wirksame Sedativa verordnet: Bromoform-Alkohol, Narcophin, Codein. Auf Expectorantien, deren Wirkung zweifelhaft ist, wurde fast immer verzichtet. In einigen Fällen wurden Inhalationen von Wasserdampf angeordnet. Die Anschaffung eines Inhalationsapparates ist hierzu nicht erforderlich, wenn die Mutter das Kind vor einem Topf mit heißem Wasser gebeugt sitzen läßt und es genügend beaufsichtigt.

Soweit es sich um Kinder handelte, die an einfacher Tracheo-Bronchitis erkrankt waren, sahen wir keinen Fall, in dem beim zweiten Besuch in unserer Sprechstunde der Husten nicht abgenommen hatte. Die überwiegende Mehrzahl erschien überhaupt nicht zum zweiten Male, oder erst nach längerer, hustenfreier Zeit, wenn ein neuer Infekt eingetreten war.

Auch in allen Fällen von Asthmabronchitis, die poliklinisch mit Narcoticis behandelt wurden, stellte sich die subjektive und objektive Besserung immer in kürzester Zeit ein.

Dagegen waren die Ergebnisse beim Keuchhusten naturgemäß ungünstiger und im Ganzen wenig einheitlich. Die Zahl der Besuche schwankte (in 15 Fällen) zwischen 1 und 5, und die Behandlungsdauer zwischen 2 und 8 Wochen. Eindeutig war nur der Behandlungserfolg bei psychogenem Hustenrest (4 Fälle): Nach Verordnung einer bitteren Chininlösung verschwand diese Art des Hustens immer sofort.

Weiter konnte ein großer Teil der Bronchopneumonien

bei Säuglingen und kleinen Kindern mit gutem Erfolg ambulant behandelt werden.

Aus der Ueberlegung heraus, daß in leichten bis mittelschweren Fällen von Pneumonien auch in der Klinik keine durchgreifendere Therapie nötig ist, als wie sie im Hause des kranken Kindes durchgeführt werden kann, haben wir auf die Aufnahme in die Klinik nach Möglichkeit verzichtet. Denn von allen therapeutischen Vorschlägen, die immer und immer wieder für die Behandlung der Pneumonie gemacht werden, hält nur ein kleiner Teil der Kritik stand, und diese wenigen anerkannten Maßnahmen lassen sich bei einigermaßen günstigen Verhältnissen im Hause des Kranken durchführen. Ueber den Wert der vier Hauptvorschriften: Isolierung, individuelle Pflege, Freiluftbehandlung und Sedativa, besteht — wie L. F. Meyer auf der Versammlung der deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde 1928 ausführte — volle Einigkeit. Alle anderen Methoden, die Stützung des Kreislaufes, die Behandlung mit Chininderivaten, mit Pneumokokkenserum, die Röntgenbestrahlung, die Pneumothoraxbehandlung, Bluttransfusionen, Sauerstoffzuführung, Injektionen von Traubenzuckerlösungen, sind z. T. nicht genügend erprobt, z. T. bleibt ihre Anwendung auf die schwersten Fälle beschränkt.

Es versteht sich von selbst, daß bezüglich der Pflege große Anforderungen an die Mütter gestellt werden mußten. Diese wurden aber immer erfüllt, sodaß niemals nachträglich Aufnahme in die Klinik erfolgen mußte. In den Fällen, in denen die Kinder sofort in klinische Behandlung gegeben wurden, lag immer eine Komplikation vor: 6 mal Ernährungsstörungen, 2 mal erhebliche rachitische Symptome, je 1 mal Pyurie und Varizellen. In einem Falle wurde ein Kind, das seit 10 Tagen um 39 Grad fieberte am 2. Tage der Behandlung aufgenommen, nachdem es die Nacht in Fieberdelirien verbracht hatte.

Alle anderen Fälle (12) wurden poliklinisch behandelt, über ihren Verlauf geben die folgenden Auszüge aus den Krankenblättern Auskunft. Wir schicken die Pflegevorschriften, wie sie im allgemeinen gegeben wurden, voraus:

Das Kind soll in einem kühlen Raume gehalten werden, wenn möglich bei offenem Fenster.

1—2 mal tgl. ein Bad mit vorsichtiger Abkühlung bis zum Frösteln. — Das Kind soll, wenn es sich dabei wohl fühlt, häufig auf dem Arm herumgetragen werden.

Als Medikament: Bromural, ev. außerdem Bromoform-alkohol.

Fall I

R. R., Knabe, 3 Monate alt. (Teilstück).

1929/ 21. 12.: Anamnese: K. hustet seit 3 Tagen und fiebert. Temperatur 38,2°.

Befund: Unter der rechten Axilla verschärftes Atmen und einzelne R. G.

Atmung ruhig. Rachen o. B. Conjunctivitis.

Diagn.: Bronchopneumonie.

Ord.: Pflegevorschrift. Bromoform-Alkohol, 3 mal tgl. 1 Tropfen.

4. 1.: Husten gebessert, kein Fieber. Nahrung wird gut genommen.

23. 1.: K. hustet nicht mehr.

Lungen: frei.

Fall II

I. R., Mädchen, Alter 7 Wochen.

1930/ 30. 1.: Anamnese: Seit 3 Tagen Erbrechen, Husten und Fieber. Ernährung an der Brust.

Befund: Ueber beiden Lungen grob- und feinblasige R.-G.

Diagn.: Bronchopneumonie.

Ord.: Pflegevorschrift. Morgens und abends 1 Tabl. Bromural.

31. 1.: K. hat nicht mehr erbrochen, der Husten ist lockerer. Geräusche über beiden Lungen, bes. hinten, weniger zahlreich.

1. 2.: K. hustet etwas mehr, hat nicht erbrochen. Aussehen gut.

3. 2.: Husten ist geringer geworden, kein Erbrechen.

Ord.: Morgens ½, abends 1 Tabl. Bromural.

5. 2.: K. hustet weniger,

Lungen: nur noch vereinzelte R.-G.

11. 2.: K. hustet nicht mehr.

Lungen: frei.

Ord.: Ernährungsvorschrift.

Fall III

S. B., Knabe, Alter 9 Wochen.

1930/ 18. 6.: Anamnese: K. hatte vor 1 Woche 2 Tage lang Fieber (39,4°); seit gestern wieder Fieber (39,4°), heute früh 38,3°.

Befund: Rachen blaß. Lungen: ??

Durchleuchtung: Leichte Verschleierung links.

Diagn.: Pneumonie.
Ord.: Pflegevorschrift.Bromural.
19. 6.: K. ist etwas munterer, Temp. 37,8°.
Lungen: r.: einige R.-G., lks.: frei.
Atmung: regelmäßiger.
21. 6.: K. fühlt sich wohl Temp. 37°. Kein Husten.
Lungen: frei.

Fall IV

U. W., Mädchen, Alter 9 Monate.
1930 3. 3.: Anamnese: K. fiebert seit 2 Tagen. Bekam Pyramidon und Nasensalbe.
Befund: Lungen: L. h. u. gedämpfter Klopfschall und ohrnahe R.-G. Schnupfen. — Rachen: blaß.
Ord.: Pyramidon und Alumin. acet.-Nasensalbe weiter. Pflegevorschriften.
5. 3.: Seit gestern kein Fieber, Appetit leidlich.
Lungen: L. h. u. noch einige R.-G.
8. 3.: K. schläft jetzt gut.
12. 3.: Lungen: frei.

Fall V

U. W., Mädchen, Alter 10 Wochen.
1928 28. 1.: Anamnese: ??
Befund: Auf beiden Lungen grobe R.-G. Rachen nicht gerötet.
Diagn.: Bronchopneumonie.
Ord.: Pflegevorschrift. 2 mal tgl. ½ Tabl. Bromural.
29. 1.: Befinden unverändert, Atmung etwas gebessert.
Auf beiden Lungen grobe R.-G.
30. 1.: Kind hustet noch viel, ist sonst aber ruhiger; schläft gut. Nimmt die Nahrung gut.
Lungen: bedeutend weniger R.-G.
1. 2.: K. hustet weniger, spielt und lacht wieder. Lungen: Ueber der linken Scapula etwas verschärftes Atmen, keine R.-G. mehr.
4. 2.: K. hustet nicht mehr, Allgemeinbefinden gut. Lungen: frei.
Ord.: 1 mal tgl. ½ Tabl. Bromural.
8. 2.: K. sieht gut aus, lacht, ruhige Atmung.
Medikament absetzen.

Fall VI

A. M., Knabe, Alter 9 Monate.
1930 26. 3.: Anamnese: K. hustet stark und fiebert.
Befund: Ueber der rechten Lunge Bronchialatmen und R.-G.
Diagn.: Pneumonie.
Ord.: Pflegevorschrift
3 mal tgl. 1 Tabl. Bromural.

27. 3.: Gestern Abend Temp. 40,0, heute früh 38,0.
Lungen: L. h. u. Bronchialatmen, an einzelnen Stellem auch rechts. Flankeneinziehung.
28. 3.: Lungen: L. o. Bronchialatmen.
29. 3.: K. hat in der Nacht durchgeschlafen. Temp. 38,0.
Lungen: Ziemlich lautes Giemen r. vorn und lks. hinten, Bronchialatmen nicht mehr deutlich.
31. 3.: Allgemeinbefinden gut; (r. o. h. bronchitische Geräusche).

Fall VII

H. J., Knabe, 1¼ Jahre.
1930/ 8. 1.: Anamnese: K. wird von der Ohrenklinik geschickt wegen Erbrechen und Husten mit Fieber nach abgelaufener Otitis. — Temp. 39,8.
Befund: Umschriebene Pleuropneuumonie unten in der rechten hinteren Axillarlinie.
Ord.: Pflegevorschriften, Bromoform-Alkohol 4 mal tgl. 2 Tr. — Antiphlogistine.
10. 1.: Seit gestern kein Fieber mehr, aber noch starker Husten.
Lungen: R. h. u. grobblasige R.-G.
14. 1.: Kein Husten mehr.
Lungen: R. h. u. R.-G. und bronchiales Atmen.
28. 1.: Kein Husten mehr.
Lungen: frei.

Fall VIII

W. R., Mädchen, Alter 6 Monate.
1926/ 17. 8.: Anamnese: K. „rasselt" seit längerer Zeit, hat am ganzen Körper Ausschlag und mehrere Abscesse.
Befund: Herz o. B.
Lungen: Ueber beiden Lungen dichte R.-G.
Diagn.: Bronchopneumonie. — Intertrigo.
Ord.: Pflegevorschriften.
19. 8.: Starker Husten. K. wird dabei blau im Gesicht, ziehendes Inspirium. — Pertussis.
Lungen: Nur noch einige R.-G. auf beiden Lungen.
Ord.: Bromoform-Alkohol 3 mal tgl. 1 Tr.
20. 8.: Husten geringer.
21. 8.: Husten weiter gebessert.
26. 8.: Hustet noch. Ausschlag wenig gebessert.
Lungen: frei.
Ord.: 1 %ige Pellidolsalbe.
1. 9.: K. hustet noch nachts.
Lungen: frei.
4. 9.: Lungen frei.

Fall IX

G. H., Knabe, Alter 7 Monate.

1927/ 3. 8.: Anamnese: Vor 2 Wochen Fieber, Husten und Schnupfen. Besserung. Seit gestern wieder Fieber, 39,2°. K. ist sehr unruhig, hustet stark.

Befund: Temp. 38,0. Kräftiges Kind in gutem Ernährungszustand. Etwas blaß. Milz tastbar. Geringe rachitische Symptome.

Lungen: r. h. o. Dämpfung. Bronchialatmen und einzelne feuchte R.-G.

Diagn.: Pneumonie.

Ord.: Bromural.

5. 8.: Temp. 37,4.

Lungen: r. h. o. Dämpfung. Keine R.-G.

Rechtes Ohr läuft.

Ueberweisung an die Ohrenklinik.

Weiter finden sich unter unserem Material 3 ausgesprochen leicht verlaufene Fälle von Bronchopneumonie, die bei guter Verlaufstendenz nach dem zweiten Besuch nicht wieder erschienen sind.

Ein weiteres Krankheitsbild, das uns häufig in gleichartiger Weise zu Gesicht kam, bildet die Phimose und die zur Störung bei der Urinentleerung führende Präputialverklebung. Ohne entscheiden zu wollen, wieweit es sich in den einzelnen Fällen um wirkliche Verengung des Präputiums handelte oder nur eine Verzögerung in der physiologischen Rückbildung der Präputialverklebungen vorlag, können wir feststellen, daß keines der 27 Kinder, die uns aus diesem Grunde gebracht wurden, einer Operation unterzogen wurde. Diese Kinder hatten alle Beschwerden beim Wasserlassen, in keinem Falle handelt es sich um einen zufälligen Nebenbefund. Die Behandlung bestand in Dehnung und stumpfer Lösung der Verklebungen mit der Sonde und Einfüllung von Paraffinum liquidum in den Präputialsack.

Bis zur vollständigen Heilung waren in den Fällen ohne Entzündungserscheinungen 3—4 Besuche mit 1—2 maliger Wiederholung der Therapie erforderlich, in 6 Fällen mit gleichzeitig bestehender Balanitis 4—6 Besuche.

Obgleich die unblutige Behandlung der Phimose bereits 1878 von Bokay angegeben wurde, und (nach Knauer, 1927) „seit etwa 30 Jahren Allgemeingut der deutschen Pädiater" sein soll, wird die Operation auch heute noch häufig ausgeführt. Daß diese nicht

einmal immer den gewünschten Erfolg bringt, zeigen 3 Kinder, die wegen einer Phimose operiert worden waren, und von uns nachbehandelt werden mußten, da sich später wieder Schleimhautverklebungen gebildet hatten.

In der Behandlung der Stomatitis, sowohl der aphthösen wie der ulcerösen Form, hat sich uns die Einstäubung von Jodoform in die Mundhöhle ausgezeichnet bewährt. Obgleich diese Erkrankung recht häufig ist, können wir nur über 17 Fälle aus unserem Material berichten, da wir die leichteren Fälle nur einmal zu Gesicht bekommen. Niemals sahen wir ungünstige Nebenwirkungen, und von den Kindern selbst wird das Mittel nicht als unangenehm empfunden. Die Belästigung der Umgebung durch den Geruch des Medikamentes, über die manchmal geklagt wird, läßt sich bei einiger Achtsamkeit in der Aufbewahrung fast ganz vermeiden. Auch der relativ hohe Preis des Jodoforms sollte u. E. kein Gegengrund für die Verordnung sein,. da nach unseren Erfahrungen kein anderes Mittel eine ähnlich gute Wirksamkeit zeigt. Selbstverständlich empfiehlt es sich, nur ganz geringe Mengen zu verschreiben.

Unter unseren Fällen finden sich je 7 der aphthösen und der ulcerösen Form und dreimal Kombinationen beider. Immer konnten wir beim zweiten Besuch eine Besserung notieren und beim dritten, wenn dieser überhaupt ausgeführt wurde, die Heilung. Die Dauer der Behandlung betrug dann durchschnittlich 6—7 Tage, im Höchstfalle 9 Tage.

Der Ikterus simplex stellt eine Erkrankung dar, die häufig im Beginn, bevor das charakteristische Symptom der Gelbfärbung auftritt, eine schwere Störung des Allgemeinzustandes mit Fieber und Erbrechen verursacht und deshalb Veranlassung zur Ueberweisung in eine Klinik geben kann. Die richtige Diagnose ist dann lediglich aus der Untersuchung des Harnes auf Gallenfarbstoff zu stellen.

Wir behandelten 10 Fälle ambulant mit folgender Verordnung:

> Bettruhe, so lange das Kind sich allgemein schlecht fühlt; fettarme Kost; Karlsbader Salz; Wärmeapplikation bei Leibschmerzen.

Unter Berücksichtigung der in den Anamnesen angegebenen Zeiten dauerten die schweren Fälle bis zu 3 Wochen. Es wurden trotzdem nicht mehr als 2 oder 3 Besuche in unserer Sprechstunde ausgeführt.

Langdauernde Erkrankungen an Gelbsucht, die sich über Wochen und Monate hinziehen können, sind uns in der Poliklinik nie begegnet, obgleich derartige Fälle i. a. nicht so selten sind. Wodurch dieser Unterschied zu erklären ist, vermögen wir nicht zu sagen.

Die poliklinische Behandlung von Kindern, bei denen funktionelle Störungen des Nervensystems in Erscheinung treten, ist nur in den leichteren Fällen erfolgversprechend und hängt in weitem Maße von dem Interesse ab, das die Eltern der Erkrankung des Kindes und der Durchführung einer Behandlung entgegenbringen. Dieses Interesse ist, verglichen mit der Aufmerksamkeit, die einer banalen organischen Erkrankung geschenkt zu werden pflegt, oft erschreckend gering.

So wurden uns unter 14 Fällen von Enuresis von Schulärzten 3 Kinder zugewiesen, bei denen das Leiden seit 4, 7 und 7 Jahren bestand. Diese wurden geheilt. Ein viertes Kind, das gleichfalls seit 7 Jahren an Bettnässen litt, bei dem aber offenbar eine Kontrolle durch den Schularzt nicht stattfand, kam erst nach 6 Monaten zum 2. Male wieder zu uns, aber aus einem anderen Grunde, wegen einer Angina. An der Enuresis hatte sich nichts geändert.

Die Behandlung erfolgte bei uns nach den von Karger vertretenen und in verschiedenen Arbeiten niedergelegten Grundsätzen, deren einzelne Maßnahmen jedem Falle besonders angepaßt werden mußten.

Von den angeführten 14 Kindern konnten 8 geheilt werden. Darunter waren zwei, bei denen die Behandlung der bestehenden Urethritis externa genügte, um auch das Einnässen verschwinden zu lassen. Den übrigen Kindern wurde vorgeschrieben, am Tage regelmäßig in bestimmten Zeitabständen Urin zu lassen, und diese Abstände von Woche zu Woche langsam zu steigern. Zur Unterstützung dieser Uebungsbehandlung wurde in einigen Fällen Atropin verordnet. Ein Kind wurde mit Erfolg einer Suggestivtherapie

(Faradisation, später Verabfolgung einer bitteren Chininlösung) unterzogen. Die Dauer der Behandlung überschritt in keinem dieser Fälle die Zeit von 2 Monaten und die durchschnittliche Besuchszahl betrug 3—4.

Dagegen war in 4 Fällen das therapeutische Ergebnis zweifelhaft, da nur eine Besserung verzeichnet werden konnte, und die Kinder, längstens nach 2 Monaten, ausblieben. Zwei Fälle blieben vollkommen unbeeinflußt. Eines dieser Kinder zeigte ausgesprochene psychopathische Züge und wurde später aus diesem Grunde in eine Anstalt gegeben. Bei dem anderen Kinde bestand offenbar ein pathologischer Tiefschlaf. Die Behandlung mußte aus äußeren Gründen nach 2 Monaten abgebrochen werden.

Weiter kamen 17 Kinder in unsere Behandlung, die verschiedene Formen von Tics zeigten. Die Therapie mußte, wenn die auslösenden Momente, eine Conjunctivitis, ein Ekzem, störende Kleidungsstücke, in die Stirn fallende Haare oder ähnliche Ursachen, noch zu erkennen waren, zunächst diese beseitigen. Dann wurde den Kindern eine Anweisung gegeben, die betroffenen Muskelpartien und ihre Antagonisten unter voller Konzentration zu üben, sodaß sie allmählich wieder willensmäßig beherrscht wurden. In einigen Fällen erwies sich eine Suggestion durch Faradisation als zweckmäßig.

11 Kinder wurden geheilt entlassen; die Behandlungsdauer betrug bei solchen Typen, die für die Faradisation geeignet waren (4 Fälle), 4—7 Tage; bei Uebungsbehandlung (6 Kinder) 1—2 Monate; in einem Falle mit starker Allgemeinunruhe 7 Monate.

4 Kinder zeigten eine deutliche Besserung und blieben nach längstens 3 Wochen aus. In zwei Fällen wurde kein Erfolg gesehen, doch betrug die Behandlungszeit nur 2—3 Wochen.

Wir glauben, daß bei allen diesen Kindern die Aufnahme in die Klinik nicht nur unnötig, sondern geradezu kontraindiziert war. Denn ein kurzer Aufenthalt im Krankenhause vermag wohl bei geeigneter Behandlung die Symptome einer neuropathischen Erkrankung zum Schwinden zu bringen, die Rückkehr in das häusliche Milieu bringt dann aber sehr häufig Rezidive mit sich, und die Mitarbeit der Eltern muß dann bei der Nachbehandlung trotzdem in Anspruch genommen werden.

Bei 6 Kindern, die wegen eines Pavor nocturnus in die Sprechstunde gebracht wurden, verschwanden die Schlafstörungen immer in kurzer Zeit, wenn an mehreren Abenden hintereinander ein stark wirkendes Narkotikum verabfolgt worden war. Es wurden dabei im Verlaufe einer Woche 2 oder 3 Besuche ausgeführt.

Im Gegensatz zu der Therapie dieser funktionellen Erkrankungen des Nervensystems mußten wir uns bei der Behandlung der Epilepsie darauf beschränken, die Symptome durch Gaben von Brom oder Luminal zu unterdrücken.

Alle Versuche, die wir in der Klinik unternommen haben, um epileptische Kinder von ihrem Leiden dauernd zu befreien: Verabfolgung von ketogener Kost, Koffein, Thelygan bzw. Testogan, Tartarus boraxatus, haben bisher nicht die Resultate ergeben, die eine generelle Anwendung dieser Methoden in der ambulanten Behandlung rechtfertigen könnten.

In den 4 Jahren unserer poliklinischen Beobachtung konnten wir nur in 3 Fällen von Petit Mal nach dem Aussetzen des Medikamentes längere Zeit hindurch das Ausbleiben von Anfällen notieren.

Bei längerer Behandlungsdauer kamen unsere Patienten zwar in recht ungleichmäßigen Abständen in die Sprechstunde, doch entspricht im Ganzen die Anzahl der Besuche etwa der Zahl von Monaten, während der die Kinder in unserer Beobachtung standen.

Als Ergebnis unserer systematisch durchgeführten ambulanten Behandlungsmethoden können wir feststellen, daß in den besprochenen Krankheitsfällen die Kinder mindestens ebenso schnell der Heilung zugeführt werden konnten, wie dies in klinischer Behandlung zu erwarten war. Dabei stützen wir uns nicht nur auf die Erfahrungen in unserer eigenen Klinik, sondern auch auf die Angaben der Literatur, wodurch etwaige Verschiedenheiten in der Art des Krankenmaterials als Fehlerquelle ausgeschaltet werden können.

Unsere Erfahrungen lehren aber auch ein zweites: die berichteten Erfolge sind mit Methoden und Hilfsmitteln erreicht worden, die jedem Arzte an jedem Orte zur Verfügung stehen. Mithin

ist die diagnostische und therapeutische Polypragmasie, wie sie in der letzten Zeit aufgekommen ist, nicht das Wesentliche des Erfolges.

Schließlich sei noch darauf hingewiesen, daß die Poliklinik mit einer Rezeptur arbeitete, die sich mit ganz wenigen Ausnahmen bewußt von der Verordnung von Originalpackungen fernhielt. Wir glauben, daß die dem Einzelfalle angepaßten Veränderungen in der Zusammensetzung der Heilmittel einen Anteil haben an den recht befriedigenden Heilerfolgen, über die wir berichten konnten.

Literaturverzeichnis.

Basch, Felix: Die Behandlung der Pneumonie im Kindesalter. Wiener klin. Wochenschr. 1928, Bd. II.

Benjamin, Erich: Ueber diätetische Entfettungskuren im späteren Kindesalter. Mon. Schr. f. Kdhk. Bd. 24, 1923.

Bessau, G.: Das Ambulanzproblem. Mon.-Schr. f. Kdhk. Bd. 41, 1928.

Blechmann, G. et Hallez: L'erythrodermie desquamative ou dermatite exfoliante du nourrisson. Jorn. d. praticiens. Jg. 35, 1921.

Bothner, Sofie: Ueber die Behandlung der kindlichen Pneumonie mit Röntgenstrahlen. Münch. med. Wochenschr. 1928, Bd. II.

Brennemann, Joseph: The outpatient department in the teaching of pediatrics. Journ. of the amer. med. ass. Bd. 87, 1926.

Comby, J.: Diskussion zu Blechmann und Hallez: A propos d'un cas d'erythrodermie desquamative. Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris. Jg. 19, Nr. 2, 1921.

Czerny-Keller: Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen u. Ernährungstherapie. 1925.

Engel, St.: Die Behandlung der Säuglingspneumonie. Fortschr. d. Ther. Bd. 6, 1930.

Finkelstein, Galewsky u. Halberstädter, Hautkrankheiten und Syphilis im Säuglings- und Kindesalter. 1921.

Hartwich, Adolf: Die Behandlung der Pneumonie mit typenspezifischem Serum. Zentrbl. f. inn. Med. 1929.

Ibrahim u. Duken: Zur Behandlung der kindlichen Pneumonie mit dem künstlichen Pneumothorax. Arch. f. Kdhk. Bd. 84, 1928.

Karger, Paul: Reflex, Wille, Vorstellung. Klin. Wochenschr. Jg. 3, 1924.

— Suggestivtherapie und heilpädagogischer Bedingungsreflex. Mon. Schr. f. Kdhk. Bd. 25, 1923.

— Die Hypokolasie. Jahrb. f. Kdhk. Bd. 98, 1922.

Lewin, Albert: Untersuchungen über die Freiluftbehandlung der Säuglingspneumonien. Arch. f. Kdhk. Bd. 83, 1928.

Meyer, L. F.: Zur Systematik und Therapie der Säuglingspneumonie. Mon.-Schr. f. Kdhk. Bd. 41, 1928.

Moro, E.: Ueber die Stellung der Erythrodermia desquamativa (Leiner) im Krankheitssystem. Münch. med. Wochenschr. 1911.

Rosenstern, J.: Ueber die Freiluftbehandlung der kindlichen Pneumonie. Fortschr. d. Ther. Bd. 5, 1929.

Serumbehandlung der Pneumonie, Eine Umfrage. Deutsche med. Wochenschr. 1930.

Smith, Charles Hendee,:Recent developments in outpatient work. Arch. of pediatr. Bd. 37, 1920.

White, Park, J.: The dispensary teaching of pediatrics. Arch. of pediatr. Bd. 44, 1927.

Wittmann, Johann: Beitrag zur Klinik der Erythrodermia des quamativa. Zeitschr. f. Kdhk. Bd. 35, 1923.

Lebenslauf.

Ich wurde am 25. Juli 1905 in Bremen geboren, besuchte dort das humanistische Neue Gymnasium und legte an dieser Anstalt im März 1924 die Reifeprüfung ab.

Das medizinische Studium begann ich in München, bestand im Herbst 1926 das Vorexamen in Tübingen und im Frühjahr 1930 das medizinische Staatsexamen in Berlin.

Zur Zeit bin ich als Volontär-Assistent an der Universitäts-Kinderklinik in Berlin beschäftigt.

Für die Anregung zu vorliegender Arbeit, besonders aber auch für die erste Einführung in praktische Tätigkeit, fühle ich mich Herrn Prof. Paul Karger zu Dank verpflichtet.